



TITLE:

化膿性腎嚢胞より波及した化膿性腸腰筋炎の1例

AUTHOR(S):

徳田, 直子; 日村, 勲; 原田, 昌幸; 椿, 秀三千; 松島, 正浩; 桑島, 章

CITATION:

徳田, 直子 ...[et al]. 化膿性腎嚢胞より波及した化膿性腸腰筋炎の1例. 泌尿器科紀要 1994, 40(2): 139-141

ISSUE DATE:

1994-02

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/115200>

RIGHT:

化膿性腎嚢胞より波及した化膿性腸腰筋炎の1例

東邦大学医学部第2泌尿器科学教室 (主任: 松島正浩教授)

徳田 直子, 日村 勲, 原田 昌幸

椿 秀三千, 松島 正浩

東邦大学医学部第2放射線科学教室 (主任: 平松慶博教授)

桑 島 章

PYOMYOSITIS OF ILIOPSOAS MUSCLE WITH INFECTION OF RENAL CYST: A CASE REPORT

Naoko Tokuda, Isao Himura, Masayuki Harada,

Hidemichi Tsubaki and Masahiro Matsushima

From the 2nd Department of Urology, School of Medicine, Toho University

Akira Kuwashima

From the 2nd Department of Radiology, School of Medicine, Toho University

We report a case of pyomyositis of iliopsoas muscle with infection of renal cyst. A 50-year-old woman was admitted to our hospital complaining of left lumbago, and we suspected that she had a left ureteral stone at first. Ultrasonogram and intravenous pyelography showed bilateral multilocular renal cyst and enlargement of the left iliopsoas muscle. Finally she was diagnosed with left pyomyositis of iliopsoas muscle with infection of renal cyst by ultrasonogram, computerized tomography scan and magnetic resonance imaging. She had no complaints after she had received antibiotic therapy for a week.

(Acta Urol. Jpn. 40: 139-141, 1994)

Key words: Pyomyositis, Iliopsoas muscle, Infection of renal cyst

緒 言

化膿性腸腰筋炎は抗生剤の発達により比較的稀な疾患となっている。今回、化膿性腎嚢胞より波及したものと考えられる化膿性腸腰筋炎の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例: 50歳, 女性

主訴: 左腰部部痛

既往歴: 18歳, 腎結石にて入院, 32歳, 卵巣嚢腫にて手術, 38歳, 子宮筋腫にて手術。

家族歴: 母, 腎不全にて死亡 (86歳)。

現病歴: 平成4年3月中旬に突然左腰部部痛が出現し, 市販の鎮痛薬を服用したが症状の改善なく, 近医受診し泌尿器科的精査を勧められ, 平成4年3月26日当院を紹介された。

初診時現症: 体格中等。栄養状態良好。体温 37.5°C。左側腹部から背部にかけての圧痛を認めたが, 発赤, 腹部腫痛触知等はなかった。

生化学的所見: WBC 13,800/mm³, CRP 5 (+), 血沈1時間値 115 mm と著明な炎症所見を認めた。血清電解質, 腎機能, 肝機能は正常範囲内。ASO 23 U/ml, ASK 40倍。尿沈査にて RBC 0~1/hpf, WBC 7~10/hpf, 尿培養陰性であった。超音波検査にて両側腎に多発性嚢胞を認めた。水腎症の有無は不明であった。

経過: 左尿管結石の診断にて帰宅させたが, 左腰部部痛は改善されず左大腿部に放散するようになり, 1週間後股関節の伸展が困難となり来院した。

KUBにて左腸腰筋の辺縁は不整で, IVPでは多発性腎嚢胞による両側腎盂の圧排像が認められた。

超音波検査にて左腎下極の嚢胞に接して腸腰筋の炎症性腫大が認められた (Fig. 1)。

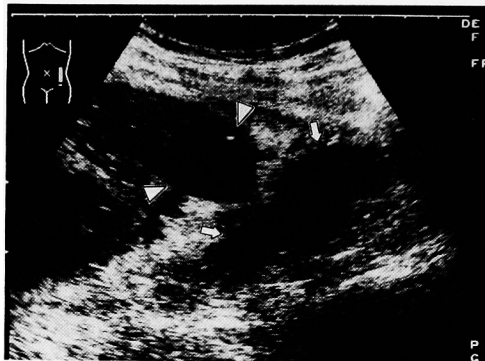


Fig. 1. Left psoas muscle swelling (\uparrow) and a cyst with irregular contour in the lower pole of the left kidney (Δ) are shown on the ultrasonogram.

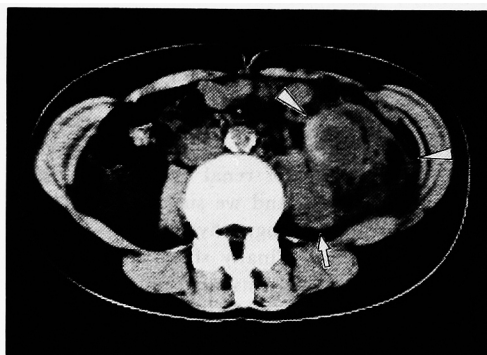


Fig. 2. Irregular water density areas in the left retroperitoneal fat are shown (Δ). The swollen psoas muscle shows relatively low densities (\uparrow).

以上の所見より化膿性腎嚢胞に合併した化膿性腸腰筋炎が疑われ、4月2日入院となった。

入院後2病日のCTにて、左腸腰筋はL3~5のレベルで腫脹、中部は不均一なlow density areaを示した。これに接して左腎と周囲脂肪織の炎症像がみられた (Fig. 2)。

入院後3病日のMRIでは、左腎下極と左腸腰筋の境界は不明瞭で腸腰筋の炎症が示唆されたが、明らかな膿瘍形成は認められなかった (Fig. 3)。

入院後経過: Aspoxicillin 4g/日 (iv) にて保存的療法が行われ、7病日には血液所見で炎症反応が消失した。なお、入院時より発熱は認められなかった。超音波検査でも腸腰筋の腫大はかなり改善し隣接した腎嚢胞も縮小した (Fig. 4)。入院後21病日に自覚症状も改善し退院。現在外来にて腎嚢胞の経過観察中である。



Fig. 3. Coronal T1-weighted MRI with Gd-DTPA enhancement. The contour of the lower pole of the left kidney (Δ) and the lateral margin of the left psoas muscle (\uparrow) are unclear. The left psoas muscle is more enhanced than the right psoas muscle.

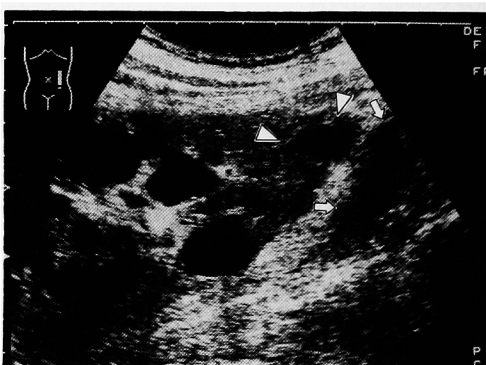


Fig. 4. The ultrasonogram seven days after admission shows marked decrease in size of the cyst (Δ), and improvement of the swelling of the left psoas muscle (\uparrow).

考 察

化膿性腸腰筋炎は、先駆病変の明らかでない原発性病変と近接臓器からの炎症の波及によって生じる続発性病変とに分けられ、原因菌は前者の多くが黄色ブドウ球菌、後者は大腸菌等の腸内細菌が多いとの報告がある¹⁾。続発性病変の原因として Michael ら²⁾ は外傷、腎、股関節、腸管、後腹膜等の隣接臓器からの炎症波及、肺炎、咽頭炎等の先行感染、後腹膜リンパ節炎からの波及をあげており、近年では結腸癌、憩室炎、クローン病等の報告例の増加傾向が指摘されている³⁾。泌尿器科領域では腎周囲膿瘍、腎摘後、膀胱腫瘍の転移等が報告されているが、これら尿路疾患からの波及は意外に少ないといわれている⁴⁾。自験例では

局所穿刺を施行していないため、菌の同定がされておらず化膿性腎嚢胞の確定診断には至らなかったが、抗生剤投与により腸腰筋群に接した腎嚢胞の縮小をみたことから、腸腰筋炎の原因として化膿性腎嚢胞が推測された。なお、発症以前に腎嚢胞穿刺などの医療侵襲は加えておらず、医原性の直接感染は否定的である。

筋肉は本来細菌感染に抵抗性のある臓器で、化膿性筋炎をきたすことは稀であるといわれており、実際発症の背景として低栄養、貧血など個体の抵抗力の低下、最近では特に糖尿病との合併が報告されている⁵⁾なお自験例では易感染性をきたすべき基礎疾患は確認されなかった。

本症は発熱、白血球増多、腸骨窩の疼痛と腫瘤形成により疑われるが、さらに患側股関節が屈曲拘縮する腸腰筋位位の出現により診断が可能である⁶⁾。画像診断では超音波検査、CT等で正確な診断は可能だが、後藤ら⁷⁾は超音波検査で意識的に腸腰筋群を検索する事が初期診断に特に有用であると報告している。自験例では腰背部痛と腎結石の既往歴より当初尿管結石を考え、腸腰筋位位が出現するまで本症に思い至らなかった。腰背部痛は泌尿器科領域でよく認められる症状であり、鑑別には十分注意を要する事を痛感させられた。

治療は抗生剤の全身投与とともに膿瘍合併例では早急に排膿する事が原則であるが、続発性の場合は原因疾患の治療も平行して行う必要がある。

化膿性腸腰筋炎は比較的稀な疾患であるが、腰背部痛など泌尿器科領域でよく認められる症状が初発症状であることもふまえ、その可能性を念頭におく必要があると考えられた。

本稿の要旨は第488回日本泌尿器科学会東京地方会において発表した。

文 献

- 1) Ricci MA, Rose FB and Meyer KK: Pyogenic abscess: Worldwide variation in etiology. *World J Surg* 10: 845-843, 1986
- 2) Michael U and Vincent PC: Retroperitoneal iliac fossa pyogenic abscess. *Radiology* 126: 647, 1978
- 3) Hardcastle JD: Acute non-tuberculous psoas abscess; report of 10 cases and review of the literature. *Br J Surg* 57: 103-106, 1970
- 4) 佐藤伸二, 市木康久, 木下徳雄, ほか: 腎盂腎炎に併発した化膿性脊椎炎および腸腰筋膿瘍. *西日泌尿* 53: 959-962, 1991
- 5) 森 宗茂, 渡部 健, 浦田士郎, ほか: 最近の化膿性腸腰筋炎の傾向について—多発性の2例を中心に—. *整形外科* 42: 1215-1219, 1991
- 6) 河路 渡: 図解シリーズ—病理と症状「腸腰筋炎」. *整形外科* 34: 130-131, 1983
- 7) 後藤幸一, 湯浅 肇, 大場 寛: 腸腰筋群膿瘍の画像診断. *画像医学誌* 11: 333-345, 1992

(Received on July 30, 1993)
(Accepted on September 11, 1993)